

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o
636

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

J. BALENCIE

Ancien externe des Hôpitaux.

Né à Arrens (Hautes-Pyrénées), le 14 décembre 1871.

LUXATIONS DE L'ÉPAULE EN ARRIÈRE

ET EN PARTICULIER

DE LA SOUS-ACROMIALE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

BRUN et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

636

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

J. BALENCIE

Ancien externe des Hôpitaux.

Né à Arrens (Hautes-Pyrénées), le 14 décembre 1871.

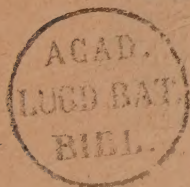
LUXATIONS DE L'ÉPAULE EN ARRIÈRE
ET EN PARTICULIER
DE LA SOUS-ACROMIALE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

BRUN et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WALTHER.
BROCA.	HEIM.	RETTNER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	
GAUCHER.	MARIE.		

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

636

DÉDIÉE :

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER,

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux avant d'aborder ce modeste travail, de payer un tribut de reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidés dans nos études médicales. Par leur bienveillance et leur enseignement si précieux, ils ont droit à toute notre estime et à notre profonde reconnaissance.

Nous avons passé notre première année d'externat dans le service de M. le Dr Babinski, à la Pitié, où nous avons été initié aux maladies nerveuses, grâce aux bonnes leçons de ce maître bienveillant.

L'année suivante, le Dr Dreyfus Brissac nous a prodigué ses bons conseils et nous a formé à la clinique médicale. Nous conserverons le meilleur souvenir de ce maître et lui offrons le témoignage de notre reconnaissance.

Pendant notre stage d'accouchement à la clinique d'Assas, nous avons pu mettre à profit les leçons de M. le professeur Tarnier. Nous rendons un hommage à la mémoire de ce maître regretté.

Dans le service de M. le Professeur Berger, la troisième année d'externat aura été pour nous une des

plus fructueuses et des plus agréables. Pendant une année, il nous a été donné de suivre l'enseignement clinique de ce maître que nous quittons avec regret.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le Professeur Berger nous fait le plus grand honneur. Qu'il reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance.

GÉNÉRALITÉS

Classification. — Fréquence

Les luxations de l'épaule en arrière, sont considérées comme rares. Néanmoins, on en connaît un nombre assez considérable de cas et il est permis de mettre leur prétendue rareté sur la difficulté qu'il y a dans leur diagnostic.

La disposition anatomique de l'épaule, nous montre, en effet, que la saillie acromiale masque jusqu'à un certain point la situation anormale de la tête humérale. D'autre part, les deux diamètres antéro-postérieur (40 millimètres) et transversal (47 millimètres) de la tête humérale, ne sont pas tellement différents que la substitution de l'un à l'autre, qui se produit dans cette luxation, n'amène une déformation bien nette.

Ici, nous n'avons pas la déformation qui frappe l'œil à distance. Il faut y regarder de très près pour percevoir les modifications imprimées au moignon de l'épaule et ces modifications légères sont masquées au début par le gonflement.

On divise ces luxations en deux variétés :

Luxation sous-acromiale ;

Luxation sous-épineuse.

Nous verrons en étudiant leur mécanisme que la luxation sous-épineuse nécessite un véritable fracas articulaire. Il existe alors des fractures de l'humérus, de l'omoplate et des côtes qui viennent compliquer le diagnostic.

Elle est incomparablement plus rare que la première variété et, disons-le de suite, nous ne l'envisagerons dans ce travail que d'une façon tout à fait secondaire.

L'une des observations qui nous ont servi à étayer cette thèse montre la difficulté extrême qu'il peut y avoir dans le diagnostic de cette affection, puisque notre malade passa dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, sans que le diagnostic exact fut posé.

La rareté des luxations postérieures de l'épaule est évidemment considérable, si on les compare aux luxations antéro-postérieures. A l'époque où M. le Professeur Panas écrivait son article (Épaule) (1), du dictionnaire Jaccoud, on en comptait une quarantaine de cas (nombre bien inférieur à la réalité, écrivait l'auteur de cet article). Aujourd'hui, le nombre de ces luxations s'est accru dans de grandes proportions. Une clinique plus précise, les recherches expérimentales, les progrès de la chirurgie qui permettent l'abord

(1) Panas. *In nouveau dictionnaire de Méd. et de Chir. pat.* t. XIII, p. 470.

facile et non dangereux des articulations, ont permis souvent de les diagnostiquer. Enfin, il n'est pas défendu de supposer que la radiographie viendra aider singulièrement ce diagnostic difficile, bien que dans une de nos observations son emploi n'ait été que d'une utilité bien relative.

MÉCANISME. — ÉTIOLOGIE

Deux conditions président au mécanisme de ces luxations. L'une, est la rotation en dedans, l'autre, l'abduction du bras. On conçoit que la rotation en dedans soit indispensable pour que la tête humérale vienne appuyer sur la partie postérieure de la capsule et la déchirer ou la décoller, pour quitter ainsi sa place naturelle. Or, cette rotation en dedans peut être poussée très loin, sans amener la moindre effraction capsulaire d'une façon tout à fait physiologique, et on arrive très bien à amener sans luxer l'épaule, la grosse tubérosité à regarder complètement en avant. Mais, si dans cette position de rotation interne extrême, un traumatisme direct ou indirect vient pousser la tête d'avant en arrière, la luxation se produira.

Une condition très favorable à la luxation, est la position du bras porté en avant et en adduction. « La « tête, dit Nélaton (1), glisse alors sur la cavité glé-
« noïde, sa sphère cartilagineuse distend la partie
« postéro-externe de la capsule, tandis que la partie

(1) *In Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, t. III, p. 117.

« antérieure du col anatomique au niveau du trochin
« vient buter contre le rebord glénoïdien antérieur. Si
« l'effort continue, l'épiphyse humérale ainsi arrêtée
« par le cran glénoïdien, prend point d'appui sur lui
« et la sphère cartilagineuse, distendant de plus en
« plus la partie postérieure de la capsule, en amène la
« déchirure. Entre ses lèvres, la tête articulaire s'é-
« chappe vers la fosse sous-épineuse. Maintenant elle
« est arrêtée par la portion antérieure de la capsule
« demeurée intacte, qui permet à la partie antérieure
« du col anatomique de venir s'engrener sur le bord
« postérieur du glénoïdien, mais qui s'oppose à ce
« qu'elle s'avance plus loin. »

Supposons que la partie antérieure de la capsule se déchire ainsi que les divers muscles qui s'insèrent sur la tête humérale et nous verrons celle-ci suivre le mouvement décrit ci-dessus, et la luxation de sous-acromiale deviendra sous-épineuse. On conçoit que pareil délabrement ne puisse être que le résultat d'un énorme traumatisme amenant d'autres dégâts, tels que fractures multiples du squelette de l'épaule et même des côtes.

Au contraire, il se peut que la lésion capsulaire consiste en un décollement périostique et non en une déchirure comme cela se voyait dans la pièce que Périer (1) présenta à la Société de Chirurgie sous le titre de « Luxation sous-acromiale récidivante, incom-

(1) Périer. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*. Paris, 1878.

« plète, se produisant dans une capsule intacte. » Cette variété de luxation rentre dans le cadre des luxations étudiées par Broca et Hartmann à la Société Anatomique (1).

Tel est le mécanisme de la luxation sous-acromiale. Nous allons maintenant passer en revue les causes qui la produise.

Un premier fait a frappé tous les auteurs, c'est la fréquence de la cause musculaire. La contraction musculaire a agi 8 fois sur 29 dans une statistique de Malgaigne, par conséquent, dans plus du quart des cas. C'est souvent au cours d'un accès épileptique que cette cause agit. Dans l'une de mes observations, on trouvera que cette cause a joué évidemment un rôle important, puisque c'est en faisant effort pour soulever un poids que la malade se fit sa luxation. C'est en amenant une torsion violente de l'humérus en dedans que cette contraction agit. Mais si ce mécanisme est d'une évidence absolue dans le cas de Piel, de Strasbourg, cité par Panas (2), concernant une femme à qui son mari avait tordu le bras en dedans, il n'en est pas de même dans tous les cas, par exemple, dans ceux de Desprès, d'Hamilton, de Sébilleau, où la luxation paraît paradoxale, étant donné le genre de traumatisme subi par les blessés.

Les chocs directs constituent aussi une cause fré-

(1) Broca et Hartmann. *Bull. de la Société Anatomique*. 1890.

(2) Panas. *Loco citato*.

quente, leur action doit se produire comme nous l'avons déjà dit, le bras étant en rotation interne, c'est ainsi que dans une chute, le moignon de l'épaule peut porter sur le sol.

Les chocs indirects peuvent agir dans les mêmes conditions; ils portent le plus souvent sur le coude, plus rarement sur la main.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il faut dès l'abord différencier, au point de vue de l'étude des lésions, les luxations récentes des luxations anciennes. Dans les premières, on trouve le déplacement et les déchirures périarticulaires, dans les deuxièmes, il existe des lésions secondaires ostéo-cartilagineuses qui constituent, avec le rétrécissement de la capsule, l'obstacle capital à la réduction par manœuvres externes.

Dans la luxation sous-acromiale, la tête, placée directement sous l'acromion, regarde en dedans et en arrière. Elle fait légèrement saillie en arrière et correspond, par sa partie moyenne, à l'angle postérieur de l'acromion. Quelquefois elle est située un peu plus en dedans, mais le fait important est qu'elle est toujours à distance de l'épine de l'omoplate, ce qui permet de la différencier de la luxation sous-épineuse, avec laquelle bien des auteurs l'ont confondu.

Nous avons, dans la science, plusieurs autopsies de luxation sous-acromiale, et pour bien montrer les lésions et l'état des tissus périosticulaires, nous ne

saillions mieux faire que de résumer ce qui a été vu à l'aide de la dissection.

AUTOPSIE FAITE PAR COOPER.

Luxation de l'épaule pendant un accès d'épilepsie. —

Autopsie faite cinq ans après.

La tête reposait sur le bord postérieur de la cavité glénoïde; à ce niveau, les os avaient subi un travail de résorption et on voyait sur la partie postérieure de la glène une dépression notable. Il existait une déchirure du tendon du sous-scapulaire et de la partie interne de la capsule. Celle-ci était d'ailleurs intacte sur la plus grande partie de sa surface.

Le sus-épineux était très distendu, le tendon de la longue portion du biceps était intact. La surface cartilagineuse de la glène était résorbée, rugueuse et irrégulière.

OBSERVATION DE MALGAIGNE.

Dans cette autopsie, le sous-scapulaire fut trouvé intact, mais il y avait arrachement de la grosse tubérosité humérale et les tendons des sus et sous-épineux y étaient restés adhérents. La tête était passée entre le

sous-épineux et le petit rond, on la trouva à nu sous le deltoïde, sous l'angle acromial.

Une dissection de luxation sous-acromiale récente, pratiquée par Laugier, montra à peu près les mêmes lésions que dans le cas précédent.

OBSERVATION DE PÉRIER.

Bulletin de la Société de Chirurgie 1878.

Il s'agit ici d'une luxation sous-acromiale récidivante ; nous y avons fait déjà allusion.

Voici les lésions telles que l'auteur les décrit :

« Les parties qui entourent l'articulation ne présentent aucune lésion, ni infiltration, ni induration. Les muscles, très développés, se laissent facilement disséquer, la capsule articulaire est intacte, les bourses périosticulaires ne portent pas trace d'inflammation.

La luxation et la réduction se produisent à volonté sans aucun bruit qu'un frottement un peu rude. La luxation est bien sous-acromiale.

En suivant du doigt le pourtour de la cavité glénoïdée, on sent que la demi-circonférence postérieure de la cavité a perdu son relief.

La tête humérale était profondément modifiée dans sa forme et sa structure. Le quart antérieur de la sphère avait complètement disparu. Le cartilage de la partie

antérieure de la tête était détruit. Le cartilage diarthrodial est interrompu brusquement et semble avoir été soumis à une section linéaire d'une parfaite régularité.

Dans le cas de Sébilleau (1), ce n'est pas la dissection, mais l'extrême maigreur du malade qui permet de reconnaître exactement les lésions. On sentait autour de la tête un bourrelet formé par des stalactites osseuses, immédiatement en dedans et au-dessous de l'angle acromial, il existait dans ce cas une nouvelle cavité articulaire.

On le voit, d'après les quelques faits que nous venons de résumer, les lésions de la luxation sous-acromiale consistent lorsque la luxation est récente en un déplacement de la tête qui vient se loger sous l'acromion, en une déchirure de la capsule à sa partie postérieure, ou en un décollement du périoste, qui fait suite à cette capsule dans le cas de luxation récidivante, en un arrachement des surfaces d'implantation humérales des muscles sous-épineux et petit rond et en déchirure de ces mêmes muscles ou du sous-scapulaire.

Dans les luxations anciennes, on trouve de plus des lésions osseuses de la tête et de la glène qui est souvent comblée par du tissu artéofibreux, une rétraction cicatricielle de la boutonnière capsulaire et quelquefois la création d'une néarthrose en situation vicieuse. Dans l'une de nos observations, nous verrons une lésion spéciale de la tête, consistant en une rainure qu'avait

(1) Sébilleau. *Société Anatomique de Bordeaux*, 1881.

creusé sur elle, par son action continu, le bord postérieur de la cavité glénoïde. Cette lésion est analogue à celle que décrit Fontoynont (1), dans sa thèse inaugurale; dans son cas, il s'agissait d'une luxation récidivante extra-coracoïdienne, opérée par Chapus qui pratiqua la résection de l'épaule.

Bien que nous rejettions ici au deuxième plan la luxation sous-épineuse infiniment plus rare que la sous-acromiale, il nous semble intéressant de dire en deux mots son anatomie pathologique; elle n'est que l'exagération de celle qui nous occupe et les lésions qu'elle présente peuvent éclairer d'un jour plus vif notre sujet; d'autre part, nous n'oublierons pas de dire que certains auteurs (2), ont voulu confondre en une même description ces deux variétés pourtant différentes.

Dans la luxation sous-épineuse nous avons une déchirure de la partie antérieure de la capsule qui ne retient plus la tête sous l'acromion et lui permet de glisser sous l'épine de l'omoplate; nous avons aussi une large déchirure des muscles sous-épineux et petit-rond, et parfois une solution de continuité de la longue portion du biceps.

Mais dans ces deux variétés la tête humérale ne quitte pas la saillie osseuse acromio-épineuse. C'est le fait qui les différencie de la luxation décrite par Bottey (3), élève de Richet, sous le nom de luxation rétro-axillaire

(1) Fontoynont. *Thèse de Paris*, 1898.

(2) Hamilton. *Traité des fractures et des luxations*.

(3) Bottey. *Thèse de Paris*, 1885.

ou luxation en bas et en arrière. Cette luxation, pour Bottey, serait le premier degré de la luxation sous-par traumatisme acromiale directe, et ce serait ensuite la contraction des muscles qui amènerait la tête sous l'acromion. C'est là la théorie du déplacement consécutif qui n'est plus guère admise aujourd'hui.

Un petit point d'anatomie pathologique sur lequel il nous faut insister avant de terminer ce chapitre est celui qui concerne l'état du nerf circonflexe dans cette luxation. On conçoit que dans le mouvement de rotation de dehors en dedans que subit la tête, ce nerf soit allongé au suprême degré par son enroulement forcé autour du col chirurgical de l'humérus. Aussi la fréquence de la névrite est-elle grande dans cette variété de luxation. Nous verrons que certaines considérations relatives au traitement découlent de ce fait.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons déjà dit que la rareté des luxations sous-acromiales pouvait-être en partie mise sur le compte de la légèreté du déplacement que l'on observe en pareil cas.

Il existe un certain nombre de signes de cette luxation que nous allons passer en revue.

Tout d'abord, l'examen du moignon de l'épaule montre en avant une dépression, un aplatissement assez nets au-dessous de l'extrémité externe de l'acromion ; au contraire, en arrière, on aperçoit une saillie immédiatement au-dessous de l'angle acromial.

On s'explique facilement ces deux faits connexes ; la tête est passée entre la glène et l'acromion, mais la saillie acromiale masque un peu son relief en arrière.

Si l'on cherche à se rendre compte de la direction de la diaphyse humérale, on voit que l'axe prolongé de cette diaphyse passe en arrière de la cavité glénoïde.

La situation du membre varie un peu suivant les cas. Dans l'une de nos observations, on verra que le membre était replié en avant sur la poitrine en rotation interne. Le coude est habituellement rapproché du corps.

Dans une observation de Smith, le bras était vertical. Au contraire, dans un fait observé par Duclaux, le malade portait sa main sur sa tête et le bras placé horizontalement en travers du corps.

Duplay décrit ainsi qu'il suit, la position de son malade : « le bras pendait le long du tronc dans une légère « rotation en dedans, le coude dirigé en avant; l'axe de « l'humérus était donc dirigé de bas en haut et d'en « avant en arrière. »

Un signe important de cette luxation est la rotation en dedans de l'humérus, l'épitrochlée regarde directement arrière.

L'aplatissement de la région deltoïdienne est très peu marqué. Polaillon (1) signale un mouvement de bascule de l'omoplate en bas et en avant. Son angle inférieur soulève les téguments.

A la palpation, on ne sent pas au niveau de la dépression antérieure de plan résistant, on déprime facilement les tissus entre la glène et l'apophyse coracoïde. Celle-ci paraît notablement allongée (ce qui est bon signe) et on suit son bord externe sur toute son étendue surtout lorsque le sujet est maigre. En arrière, au contraire, on sent la tête, et les doigts arrivent rapidement sur son plan dur et résistant. En imprimant quelques mouvements à la diaphyse humérale, on la sent rouler sous le doigt.

L'étude des mouvements spontanés du bras montre

(1) Polaillon. *Afl. chirurgica des membres*, 1895.

que l'impotence fonctionnelle est grande. Le bras peut généralement faire quelques mouvements d'élévation en avant et s'écarter très légèrement du tronc. Les mouvements en arrière sont impossibles.

Si maintenant, prenant ce membre, nous essayons de leur imprimer des mouvements, nous voyons qu'on peut élever le coude en avant jusqu'au plan des épaules, qu'on peut écarter le bras du corps jusqu'à 45° environ et surtout que les mouvements de rotations en dehors sont totalement impossibles.

La mensuration du membre donne un peu d'allongement, ou rien dans le plus grand nombre de cas. On a signalé quelquefois un léger raccourcissement.

Comme le dit Nélaton, un grand nombre d'observations intitulées luxations sous-épineuses ne sont autre chose que des luxations sous-acromiales. Néanmoins, il existe des faits bien nets et nous allons en dire rapidement les signes.

On trouve sous l'épine de l'omoplate, en arrière de sa jonction avec l'acromion, une saillie arrondie qui est la tête humérale. En avant, la dépression du moignon de l'épaule est plus accentué que dans le cas précédent. La saillie de la voûte acromio-claviculaire est exagérée. L'apophyse coracoïde fait une forte saillie en avant.

L'Axe de la diaphyse humérale est franchement dirigé en arrière. Le bras est toujours en rotation interne.

Le bras tombe le long du corps, le coude étant projeté en avant.

Les mouvements volontaires sont assez étendus. Quel-

quefois (1) le malade peut porter la main sur l'épaule opposée.

On ne peut porter le coude en arrière, ni provoquer la rotation du bras en dehors. L'abduction est très limitée. La projection du bras en avant et la rotation en dedans sont conservées.

Le raccourcissement est plus marqué ici que dans la luxation sous-acromiale.

Pour terminer ce chapitre de symptomatologie des luxations de l'épaule en arrière, nous donnerons suivant Bottey (2), les signes de la luxation en arrière et en bas. Elle est caractérisée :

1° Par un aplatissement très marqué du moignon de l'épaule ;

2° Par la saillie de l'angle antérieur de l'acromion et de l'apophyse coracoïde ;

3° Par l'abaissement de la paroi antérieure de l'aisselle ;

4° Par la conservation du creux axillaire ;

5° Par ce fait que la tête humérale se sent à deux travers du doigt en dessous de l'acromion et en arrière du bord externe de l'omoplate. Entre la tête et l'acromion on trouve une dépression profonde dans laquelle on peut enfoncer les doigts ;

6° Le coude est porté en avant, le bras dans la rotation en dehors et l'avant-bras en supination ;

7° Le bras est raccourci, le deltoïde paralysé.

(1) Polaillon. *Loco citato*.

(2) Bottey. *Loco citato*.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des luxations de l'épaule offre souvent des difficultés assez grandes et les erreurs les plus graves ont été commises ; elles ont été confondues avec une simple entorse, voire même avec une contusion, avec presque toutes les arthrites dont l'articulation scapulo-humérale peut devenir le siège. Mais ces diverses erreurs sont autrement fréquentes dans les luxations en arrière et surtout dans la sous-acromiale que dans toutes les autres, et ceci pour des raisons anatomiques que nous avons déjà indiquées.

La présence du creux sous-acromial, qui, à l'état normal se laisse déprimer au point de recevoir le pouce, fait capital sur lequel M. Hennequin a attiré l'attention, est déjà une cause d'erreur dans les luxations antérieures de l'épaule ; il peut en imposer pour une dépression située au niveau de la cavité glénoïde dont la tête serait sortie pour passer en avant.

Dans la luxation en arrière, au contraire, c'est en masquant la saillie faite par la tête qu'il devient un obstacle au diagnostic. La tête de l'humérus déplacée débordé en effet fort peu la saillie acromiale, tout au plus

d'un travers de doigt; c'est donc là un fait d'une appréciation délicate et pour peu que le gonflement soit considérable, la difficulté augmente singulièrement.

Il faut, et nous ne saurions trop insister sur ce fait, comparer l'épaule malade à l'épaule saine pour arriver à un bon résultat.

Les commémoratifs, la notion d'un traumatisme d'une certaine violence aident également.

Enfin, la recherche méthodique des différents signes que nous avons indiqués au chapitre des symptômes, devra être faite.

L'attitude vicieuse peut exister dans la simple contusion de l'épaule, mais la rotation forcée du bras en dedans telle que l'épitrôchlée regarde en arrière ne se voit guère que dans le cas de luxation sous-acromiale. Cette rotation était poussée au suprême degré dans un cas signalé par les classiques, où la tête avait fait un tour presque complet sur elle-même.

Un autre signe sur lequel il faut attirer l'attention est le suivant : l'allongement apparent de l'apophyse coracoïde et l'exploration facile de tout son bord externe, c'est par le palper bien plus que par la vue que l'on peut constater le fait, en déprimant les tissus immédiatement en dehors, de la coracoïde, on ne tombe plus comme normalement sur un plan résistant, la tête humérale; celle-ci, repoussée en arrière sous l'acromion, roule sous le doigt dans les mouvements de rotation imprimés au bras est ceci est un signe de certitude.

Nous avons dit que le raccourcissement du membre

était le plus souvent insignifiant, c'est encore une difficulté de plus. Il importe, en tous cas, de pratiquer ici la mensuration avec la plus grande exactitude pour apprécier ce symptôme.

Répétons ici la méthode de Malgaigne : « Le sujet
« vu par derrière, on prend soin de lui tenir les coudes
« également écartés du tronc en rapprochant le bras
« luxé le plus possible, les deux acromions à la même
« hauteur : l'angle inférieur et le bord spinal de chaque
« omoplate également éloignés du rachis, on cherche
« alors l'angle postérieur de l'acromion, sous lequel on
« assure le ruban avec l'ongle et on le conduit, soit
« au-dessus de l'épicondyle, soit au-dessous de l'épi-
« trochlée où on l'arrête pareillement avec l'ongle. »

Dans les cas les plus difficiles, il sera utile d'endormir le malade pour supprimer ainsi la contracture musculaire et la douleur. On constatera alors l'impossibilité mécanique de produire certains mouvements et, en particulier, la rotation en dehors.

Enfin, la radiographie apportera toujours un appoint considérable au diagnostic : il faudra pour qu'elle donne le maximum de résultat, prendre l'épaule suivant différents plans, car le déplacement léger de la tête pourrait passer inaperçu.

On arrive à l'aide des moyens que nous venons de passer en revue, à poser le diagnostic de luxation de l'épaule en arrière. Mais il est un certain nombre d'affections avec lesquelles on a pu la confondre. Il nous faut maintenant en faire le diagnostic différentiel.

1° *Avec la fracture du col de l'omoplate.*

Le siège profond de cette lésion, l'absence fréquente des signes qu'elle entraîne habituellement, rendent ce diagnostic souvent très difficile. On a confondu quelquefois cette lésion avec une luxation de l'épaule. Les signes principaux sont :

1° La facilité avec laquelle les parties sont remises en place.

2° L'affaiblissement immédiat de la tête de l'humérus.

3° La crépitation sentie à l'extrémité de l'apophyse coracoïde pendant les mouvements de rotation du bras.

Ici, on a un allongement léger du membre et quelquefois une dépression sous déltoïdienne.

L'apophyse coracoïde est mobile et portée en bas. L'intégrité des mouvements est presque complète. L'abduction, l'adduction sont possibles et la rotation en dedans font défaut.

2° *Avec la fracture du col anatomique de l'humérus.*

Les difficultés peuvent devenir très grandes dans ce cas. On sait, en effet, que dans cette fracture, la crépitation fait défaut. Les signes physiques sont presque nuls : la mobilité est conservée. C'est par la constatation d'une ecchymose qui apparaît dans les jours qui suivent le traumatisme que l'on pourra faire le diagnostic. Cette ecchymose est très marquée, elle peut être très

étendue et descendre sur tout le bras et sur le tronc, jusqu'à l'épine iliaque (1).

3° *Avec la fracture du col chirurgical de l'humérus.*

Cette fracture se traduit par des signes bien nets. La crépitation est très marquée, elle est constante. On constate un déplacement assez difficile à réduire et surtout à maintenir.

Lorsqu'il y a pénétration des deux fragments, la tête humérale suit les mouvements de la diaphyse.

Les arrachements des tubérosités, complication fréquente des luxations, donnent généralement de la crépitation. On peut sentir dans quelques cas une masse osseuse mobile pendant la contraction musculaire. Quelquefois même on sent un sillon vertical profond, mais ce signe est très délicat à percevoir et il ne faut pas compter sur lui pour le diagnostic.

4° *Avec la disjonction épiphysaire de l'humérus.*

Cette affection se voit chez les enfants. On retrouve ici tous les symptômes d'une véritable fracture : mobilité anormale, crépitation légère. La difficulté de maintenir les fragments est souvent très considérable. De plus, on a la notion très nette que la cavité glénoïde est occupée par la tête. Néanmoins, il faudra toujours songer chez les enfants à la disposition épiphysaire.

(1) Il est vrai que cette ecchymose a été signalée aussi en cas de luxation scapulo-humérale.

5° Avec l'éclatement de la tête humérale.

Le moignon de l'épaule paraît volumineux, on sent une forte saillie antérieure. Mais la dépressibilité deltoïdienne n'existe qu'au niveau du creux sous-acromial.

Ici, plus que dans toute autre luxation, on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour le diagnostic. Aussi, citerons nous complètement Hamilton (1) qui recommande la recherche des deux signes suivants :

« 1) Tant que la tête humérale est contenue dans la
« cavité, si on applique une règle sur le côté externe
« du bras, depuis l'épaule jusqu'au coude, elle ne tou-
« chera pas l'acromion, mais en demeurera distante
« d'au moins un centimètre et en général de deux cen-
« timètres et demi au moins. D'autre part, si l'os a
« quitté sa cavité, quel que soit le sens du déplacement,
« qu'il se soit fait en avant, en bas ou en arrière, à
« moins que l'épaule ne soit très tuméfiée, la règle pla-
« cée de la façon déjà indiquée, touchera l'acromion.

« 2° Si le chirurgien placé derrière le malade (nous
« supposons qu'il s'agit de l'épaule droite), saisit entre
« le pouce et l'index de la main gauche le moignon de
« l'épaule, de façon que la commissure inter-digitale
« repose sur l'acromion; juste en dehors de l'articu-
« lation acromio-articulaire, et si alors il abaisse
« perpendiculairement le pouce et l'index, l'extré-
« mité de l'index (si la tête de l'humérus n'est pas

(1) Hamilton. *Traité des fractures*, p. 276.

« luxée), répondra au centre de l'extrémité supé-
« rieure de l'humérus qui fait saillie en avant de
« l'acromion, tandis que l'extrémité du pouce s'appuie
« en arrière sur la tête de l'humérus, mais le pouce ne
« sentira la tête qu'indistinctement, pour la raison
« qu'au lieu de faire une saillie connue en avant, elle
« se cache un peu au-dessous de l'acromion. Jusqu'à ce
« moment, le chirurgien peut être incertain de savoir
« s'il tient bien réellement entre son pouce et son in-
« dex la tête de l'os, mais, s'il fait mouvoir en avant le
« coude du côté blessé, de manière à porter en arrière
« la tête humérale, il la sentira presser fortement contre
« le pouce et ce résultat sera démonstratif. S'il existe
« une luxation, la tête de l'os ne peut-être sentie dans
« cette situation et par le pouce ainsi placé ».

Tel est le diagnostic de la luxation traumatique ré-
cente de l'épaule en arrière.

On verra plus loin dans l'une des observations inédites que nous donnons, que la luxation sous-acromiale, dont notre malade était atteinte, fut prise pour un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ce fait nous impose le devoir de donner quelques indications permettant de distinguer cette affection de certaines lésions chroniques de l'épaule.

1° Ostéo-sarcome de la tête humérale.

L'ostéo-sarcome de la tête humérale forme une tumeur qui, rapidement, simule une affection articulaire.

La tête humérale est augmentée de volume; mais

dans la luxation sous acromiale, on peut avoir ainsi cette apparence par suite de l'enroulement sur elle des muscles sus-épineux, grand rond et petit rond. D'autre part, le volume de la tumeur devient rapidement énorme, sa forme est variable, mais l'épaule prend l'aspect classique du gigot. A la palpation, on sent la *crépitation parcheminée* dans les cas de tumeur à coque osseuse, la crépitation fine osseuse dans les cas de tumeur contenant de simples petites lamelles osseuses.

La température locale est élevée de 1 ou 2 degrés, la circulation collatérale est constante et constitue un signe de grande valeur.

La douleur spontanée est la règle; on constate de la gêne des mouvements soit par suite de l'arthrite concomitante, soit par la présence même de la tumeur agissant mécaniquement.

Bientôt, les signes généraux surviennent, la cachexie et l'infection générale ne laissent plus aucun doute sur la nature de l'affection.

2° *Ostéo-sarcome de l'omoplate.*

Les parties spongieuses de l'omoplate, angles, épine, col, deviennent souvent le lieu de naissance des productions morbides, par le fait même de leur structure.

Ces tumeurs sont, au début, peu gênantes, peu douloureuses. Les mouvements s'exécutent sans souffrance. Le gonflement et la déformation de la région ne se montrent qu'assez tard. Lorsque la tuméfaction commence, les mouvements sont gênés et deviennent douloureux.

Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent à l'omoplate. Ce n'est qu'au début qu'une erreur peut-être commise car dès que la tumeur prend un certain volume le diagnostic s'impose.

Les autres affections organiques de l'omoplate, exostoses, euchondromes, etc., peuvent devenir la source d'erreur du même genre. Si nous insistons sur ce fait c'est que l'on a vu des exostoses et des ostéo-sarcomes de l'omoplate pris pour des luxations anciennes de l'épaule.

3° *Scapulalgie.*

La douleur de l'épaule pourrait faire penser à cette affection qu'aurait provoquée le traumatisme. Mais au cas de tumeur blanche, on ne tarde pas à voir survenir du gonflement dû à la présence de liquide ou de fongosités. Le gonflement se montre dans le creux axillaire et à la face antérieure de l'articulation. Ce n'est que plus tard, lorsque les fongosités se sont fait jour dans les tissus voisins, que le moignon de l'épaule est envahi en totalité. Le bras prend la position de l'abduction forcée.

Un fait à bien mettre en relief est que la luxation spontanée qui peut survenir au cours d'une tumeur blanche de l'épaule ne se fait pas en arrière, mais le plus souvent en avant.

L'évolution des lésions aboutissant à des abcès froids ouverts à l'extérieur et fistulisés, la concomitance frè-

quentes de lésions pulmonaires ou d'autres, les sous-ostéo-articulaires permettront de poser un diagnostic relativement facile et qui ne pourrait causer d'erreur qu'au début de l'affection.

4° *Arthrite sèche.*

Le volume exagéré de la tête de l'humérus pourrait faire songer à une subluxation en arrière. Mais généralement cette variété de rhumatisme chronique affecte deux ou trois jointures à la fois. On trouve ici la contracture musculaire au début dans la période douloureuse, l'immobilisation de l'articulation, l'atrophie musculaire consécutive à l'ankylose ou semi ankylose. On perçoit de gros craquements. Le rhumatisme chronique partiel, lorsqu'il se localise sur l'épaule seule, prend le nom de rhumatisme capulaire atrophique, et comme les malades qui en sont atteints viennent dans les services de chirurgie, il nous faut indiquer ici les signes principaux de cette affection.

Elle est douloureuse, avec élancements irradiés dans le moignon de l'épaule et dans le bras; les douleurs s'exaspèrent aux changements de temps; en dehors des poussées aiguës, il y a peu de douleur à la pression, elle est localisée surtout en avant et en arrière de la tête de l'humérus; la douleur spontanée est surtout exagérée par les mouvements volontaires.

L'immobilisation de l'articulation finit par être absolue. La névrite du circonflexe n'est pas rare.

5° *Arthrite tabétique.*

Le mode de début de l'arthropathie tabétique est des plus caractéristiques. C'est sans raison apparente que, tout d'un coup, se montre une tuméfaction générale du membre. Puis, en quelques jours l'œdème disparaît, mais il reste un gonflement articulaire dû à une accumulation de liquide.

La brusquerie du début est donc un signe important. A côté de ce symptôme, se placent l'absence de douleurs et de signes inflammatoires.

Enfin, on perçoit toujours l'existence de craquements articulaires.

La difformité de l'articulation pourrait aller jusqu'à la dislocation.

6° *Arthropathie hystérique de l'épaule.*

C'est la maladie de Brodie, qui se montre le plus souvent chez les femmes. Le plus fréquemment entre vingt et trente ans.

Le début de cette affection est subit, tantôt à la suite d'une impression morale, tantôt à la suite d'un traumatisme sans importance.

Un signe de diagnostic important avec une lésion organique est l'hyperesthésie cutanée que l'on constate.

Il y a absence absolue de gonflement, la contracture existe et empêche certains mouvements d'ailleurs douloureux, mais elle disparaît sous le chloroforme; on

remarque alors pendant l'anesthésie que la rotation en dehors du bras est possible.

Enfin la présence de stigmates hystériques confirme le diagnostic.

COMPLICATIONS

Les complications des luxations en arrière de l'épaule, sont des fractures du squelette de la région, des lésions vasculaires et des lésions nerveuses.

Parmi les fractures, il en est qui sont excessivement fréquentes et en quelque sorte liées à la luxation. Ce sont les arrachements des tubérosités.

La grosse tubérosité, à la suite d'un traumatisme violent, est presque toujours écornée. On voit souvent son arrachement presque complet dans la luxation sous-épineuse.

Chez les enfants, on constate souvent la disjonction épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus.

D'après Cooper, l'arrachement de la petite tubérosité faciliterait la réduction, mais rendrait ainsi le maintien de cette réduction plus pénible.

Parfois, la tête humérale est complètement pénétrée par la diaphyse. Quelquefois la tête tourne sur son axe et on la trouve renversée et ayant subi un mouvement de rotation complète dans l'articulation; la surface cartilagineuse reposant sur la surface fracturée du fragment inférieur.

Du côté de l'omoplate, on constate des fractures du col glénoïdien.

D'après Hamilton, la fracture de l'acromion serait un accident très rare, l'acromion se soudant très tard au corps de l'omoplate, il croit qu'il s'agit ici, le plus souvent, de disjonction épiphysaire. Ce n'est en effet que vers la vingt-cinquième année que toute trace de cartilage épiphysaire disparaît.

Les fractures de l'apophyse coracoïdes paraissent être un peu plus fréquentes. Elle se fracture le plus souvent près de son extrémité.

Les lésions vasculaires dans la luxation sous-acromiale sont certainement plus rares que dans les luxations en avant. Les lésions de cette nature se produisent d'ailleurs pendant les manœuvres de réduction et il est bien rare de les voir exister du fait du traumatisme lui-même. Il peut, dans ce dernier cas, se produire une déchirure des deux tuniques internes de l'artère ou un anévrisme faux de l'aisselle consécutif à une lésion complète de l'artère. Dans la luxation sous-acromiale, c'est plutôt la blessure des artères circonflexes qui est à craindre.

Parmi les complications consécutives aux luxations de l'épaule en arrière, est la paralysie du deltoïde, par lésion du nerf circonflexe; nous avons déjà dit que la rotation du bras en dedans qui accompagne cette affection augmente la traction du nerf autour du col chirurgical de l'humérus et tiraille le nerf ou même en provoque la déchirure.

Si le nerf est sectionné, la paralysie est immédiate, s'il est seulement contre et tirailé, c'est progressivement que s'installeront les phénomènes de névrité qui aboutiront à cette paralysie.

Cette complication se caractérise par des troubles de la matilité du côté du deltoïde. Cette paralysie s'accompagne fort souvent de phénomènes douloureux, généralement dans le cas de compression ou de contusion du nerf, l'impotence motrice est précédée d'une sensation d'engourdissement, de fourmillement, de paresthésie dans le territoire du nerf touché.

L'anesthésie de la région deltoïdienne est un symptôme des plus fréquents, mais elle n'est pas fatalement étendue à tout le domaine du nerf, elle est généralement beaucoup moins étendue. Plus tard apparaît l'atrophie musculaire, caractérisée par le méplat deltoïdien. Elle peut être masquée par l'infiltration adipeuse du muscle, mais l'étude des réactions électriques du muscle permettra de la reconnaître sûrement et même de juger de sa gravité.

Dans les paralysies légères, durant seulement deux à trois semaines, les nerfs et les muscles continuent à agir comme à l'état normal aux excitations galvaniques et faradiques. Quand la paralysie est plus complète, la contractilité électrique diminue progressivement et finit par disparaître. Du côté du muscle, l'excitabilité faradique d'abord diminuée, ne tarde pas à être abolie complètement si la paralysie est grave.

Au point de vue du pronostic, une constatation capitale est celle de la réaction de dégénérescence.

Celle-ci consiste dans l'abolition de la contractilité faradique et galvanique du nerf, dans la disparition de la contractilité faradique du muscle dont la contractilité galvanique est augmentée. En même temps, il y a inversion formule, c'est-à-dire que la secousse à la fermeture du pôle positif, devient égale, puis supérieure à secousse de fermeture du pôle négatif.

Cette réaction de dégénérescence qui indique la névrité dégénérative et l'atrophie musculaire, est d'un pronostic des plus favorables.

Nous ne parlerons pas ici des complications qui peuvent survenir du fait de l'exposition de la luxation, l'infection est ici ce qu'elle est ailleurs, l'arthryte ou ankýlose peut en être la conséquence.

PRONOSTIC

Le pronostic des luxations de l'épaule en arrière n'est généralement pas très bon. Cette luxation tire sa gravité de ce qu'elle passe souvent inaperçue, devient par suite irréductible et nécessite alors une opération grave, la résection ou le maintien du *statu quo*, c'est-à-dire une infirmité.

De plus, les lésions de névrite du circonflexe par blessure de ce nerf, sont peut-être plus fréquentes ici que dans les autres variétés et l'atrophie du deltoïde qui en résulte, jointe aux douleurs vives de la névrite, font du malade un infirme.

Nous avons dit l'importance de la constatation de la réaction de dégénérescence pour cette partie du pronostic.

TRAITEMENT

Traitement de la luxation récente en arrière.

Il importe avant tout, lorsqu'il s'agit de traitement d'une luxation quelconque, de nettement distinguer les luxations anciennes des luxations récentes.

La réduction immédiate s'impose dans ces dernières. Nous verrons qu'on est loin d'être d'accord sur le traitement des luxations anciennes.

Pour établir sur des données rationnelles un mode de réduction efficace, il importe de se rapporter à l'anatomie pathologique et de se souvenir que dans la luxation sous-acromiale, nous avons une déchirure étendue de la capsule à la partie postérieure de l'articulation. La tête étant passée entre les lèvres de cette déchirure, certains muscles sont trop courts pour suivre son mouvement, il en résulte qu'ils sont très tendus ou même arrachés. Enfin, une contracture intense des muscles de l'épaule se produit. Il résulte de ce que nous venons de dire, qu'il convient pour réduire de lutter d'une façon systématique et raisonnée contre les obstacles mécaniques qui s'opposent à la rentrée de la tête dans la cavité.

Plusieurs moyens sont de mise pour atteindre ce but. L'extension avec contre-extension doit être pratiquée.

L'application de la force extensive doit se faire au niveau du coude. Il ne faut pas tirer brusquement, mais bien avec douceur, il s'agit en effet de vaincre la contraction musculaire, et on fatigue bien plus rapidement un muscle en tirant sur lui d'une façon continue et douce, qu'en faisant une effort énorme et brusque. La traction élastique réalise l'idéal de la force à déployer. C'est à peu près une force de 15 kilogrammes qu'il faut déployer chez un homme d'une vigueur moyenne. Lorsqu'on suppose avoir vaincu la force musculaire il faut compter les surfaces articulaires.

Il arrive fréquemment que l'on éprouve les plus grandes difficultés à obtenir le relâchement musculaire ; c'est dans ces cas que les moufles rendront les plus grands services. Avec ces appareils, on fait à la fois l'extension et la contre-extension. Celle-ci doit se pratiquer de façon à bien fixer l'omoplate. Or, si l'on applique cette contre-extension sur le bord axillaire de l'omoplate, il arrive que celle-ci bascule de telle sorte que son angle inférieur se portant vers la ligne des apophyses épineuses, la cavité glénoïde est entraînée avec toute la sortie supérieure de l'os dans le sens de la traction, le résultat est alors nul. Cette difficulté se trouve au maximum dans la luxation sous-acromiale où il faut tirer obliquement en bas, la tête étant remontée derrière la cavité glénoïde. En effet,

lorsqu'on peut tirer en avant ou en haut, on fixe facilement l'omoplate en faisant la contre extension sur son bord axillaire.

Le moyen le plus efficace pour assurer l'immobilité de l'omoplate est de tirer sur le côté opposé. La contraction des trapèzes rapproche les deux omoplates l'une de l'autre. La méthode d'Artley Cooper qui fixait le bord axillaire de l'omoplate en mettant son genou dans l'aisselle du patient et maintenant l'acromion d'une main, en manœuvrant la tête humérale de l'autre, peut être utilisée dans le cas qui nous occupe.

Quel que soit le procédé d'extension employé, il faut pratiquer la cooptation ; c'est par le refoulement de la tête qu'on y arrive.

Ce que nous venons de dire jusqu'ici, peut s'appliquer au traitement d'une luxation quelconque de l'épaule.

Les luxations en arrière seront réduites par une traction oblique en bas, avec exagération de la rotation interne. La traction oblique en bas ayant pour but de ramener la tête en regard de la déchirure capsulaire, la rotation interne dégageant le cran du col anatomique du bord postérieur de la cavité glénoïde sur lequel il est engrené par les muscles rotateurs en dedans de l'humérus.

Ces deux manœuvres seront accompagnées de pressions directes sur la tête, faites d'arrière en avant.

Un coup brusque porté d'arrière en avant sur la tête humérale, peut également amener la réduction en sur-

prenant les muscles qui n'ont pas eu le temps de se contracter, et par suite de s'opposer à la rentrée de la tête. Nous citerons la manœuvre de Nélaton.

« Le bras étant légèrement écarté du tronc, il applique
« quait directement sur la saillie de la tête luxée un
« fort cachet d'imprimeur et donnait un coup de marteau sec sur le manche du cachet, la tête projetée en
« avant se dégageait de son engrenage sur le rebord
« glénoïdien postérieur et revenait à sa place (1).

Citons aussi le cas de Dubreuil (2) qui, « dans une
« sous-acromiale eut recours avec succès à l'élévation
« directe de l'épaule en haut, au moyen d'un long bâton
« solide faisant levier, dont l'une des extrémités glissée
« sous l'épaule du blessé couché, appuyait sur la table
« qui servait de lit, tandis que l'autre, tenue entre les
« mains du chirurgien, était portée directement en haut ;
« c'est une manœuvre analogue à celle qu'emploient
« les carriers pour soulever une pierre au moyen d'une
« lourde barre de fer glissée entre le sol et la pierre. »

Enfin, Le Dentu a appliqué la manœuvre de Kocher modifiée, à la luxation sous-épineuse ; il fit la rotation en-dedans, l'élévation avec propulsion du bras en arrière, et, pour finir, la rotation en dehors.

Comme dans toute luxation ces diverses manœuvres que nous venons de décrire peuvent échouer, la luxation est irréductible ; d'autre part, un grand nombre de luxations sous-acromiales ne sont pas diagnostiquées et

(1) Nélaton. *Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus.

(2) L. Cahier. *Traité de Chirurgie*. Ledentu et Delbet.

lorsque le diagnostic est fait elles sont déjà trop anciennes pour être réduites par les moyens habituels ; nous arrivons ainsi à la discussion du traitement des luxations sous-acromiales anciennes.

TRAITEMENT DE LA LUXATION SOUS-ACROMIALE ANCIENNE.

Dès le dixième jour, une luxation sous-acromiale peut être dite ancienne, en ce sens que les lésions que nous avons étudiées au chapitre de l'anatomie pathologique, sont déjà constituées, c'est-à-dire que la rétraction cicatricielle de la capsule s'oppose déjà à la réduction. Quelque temps après apparaissent des lésions plus graves, déformations anciennes, création d'une nearthrose en position vicieuse, disparition de la cavité glénoïde, qui est comblée par du tissu fibreux.

Que nous nous trouvions en face d'une luxation primitivement irréductible, ce qui, hâtons-nous de le dire, est rare en face d'une luxation ancienne ; la conduite à tenir devient très délicate, et nous allons examiner les arguments qui plaident en faveur de l'une ou l'autre des méthodes suivantes :

- Réduction ;
- Ténotomie ;
- Arthrotomie ;
- Résection.

La manœuvre de réduction par les méthodes de force pourra être employée dans les cas où la capsule est rétrécie sur la tête luxée. Ici, la traction pourra arriver à détendre ou à rompre l'une des lèvres déjà cicatrisée de la déchirure capsulaire. Mais ces procédés ne sont plus applicables dans les cas où la tête a été remplacée dans la cavité articulaire par du tissu astéo-fibreux et dans le cas où elle a complètement perdu droit de domicile par rétractation extrême de la capsule. Néanmoins, on a pu ainsi réduire un certain nombre de luxations invétérées, et il faudra toujours essayer de ces manœuvres qui, si elles sont habilement et prudemment dirigées, présentent moins de danger qu'une intervention sanglante.

Après l'échec des méthodes de douceur, on emploiera donc en premier lieu les moufles, ou mieux l'appareil d'Hennequin, à tractions continues, avec ou sans anesthésie générale.

Il faut (1) :

« 1° Etablir une traction de 80 à 100 kilogs sur le
« bras placé dans une abduction modérée, le coude
« demi-fléchi.

« 2° La traction étant bien établie, imprimer au
« membre de petits mouvements brusques et sûrs de
« rotation. »

Lafaurie, dans une thèse de Paris, 1869, dit qu'il faut réduire les luxations sous-épineuses et sous-acromiales

(1) Nélaton. *Loco citato*.

jusqu'au cinquième mois, et même jusqu'au sixième, parce qu'il est possible d'agir directement sur l'extrémité luxée, et qu'on a peu de danger à craindre.

Nous trouvons franchement mauvais ce conseil de Lafaurie. En effet, si nous avons moins à craindre ici de rompre l'artère axillaire ou de léser le plexus brachial dans des manœuvres de réduction, que dans les autres variétés de luxations, il faut nous souvenir que le nerf circonflexe est tirailé et tendu, lorsqu'il n'est pas rompu d'une façon autrement constante et exagérée dans cette variété de luxation que dans les autres; par suite, les manœuvres de réduction ne peuvent qu'augmenter la lésion de ce nerf, la créer si elle n'existe pas encore, et il ne faudra les tenter que très modérément, sans insister si elles ne réussissent pas facilement, et sans déployer une grande force.

On aura recours, de préférence, à une méthode sanglante.

Ténatomie. — La ténotomie, telle que Polaillon la pratique et la recommande, nous semble une opération à rejeter, car elle est aveugle, peut léser les vaisseaux et les nerfs de la région, en particulier le circonflexe. Elle ne présentait qu'un seul avantage, qu'elle a perdu maintenant, c'est d'exposer moins à l'infection que l'arthrotomie. Pourtant, nous donnerons les propositions par lesquelles Polaillon termina sa communication à la Société de Chirurgie (1).

(1) Polaillon. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1882, 22 février.

« La section des tissus fibreux qui empêchent la tête
« de rentrer doit être faite par la méthode sous-cuta-
« née et avec des précautions antiseptiques.

« Dans le premier temps, on enfonce un ténotome
« pointu au-dessous de l'acromion jusqu'à la tête hu-
« mérale; dans un second temps, on substitue à celui-ci
« un ténotome mousse, avec lequel on coupe les tissus
« fibreux contre l'os, en avant, puis en arrière et sur
« les côtés. Il convient avant de faire cette opération
« de s'assurer de la situation du paquet vasculo-ner-
« veux.

« On recommence les tractions deux ou trois jours
« après et quand on n'obtient pas la réduction, on peut
« dire que la luxation est vraiment au-dessus des se-
« cours de l'art.

L'*Arthrotomie*, consiste à aborder largement l'articulation à travers le deltoïde et à couper au bistouri ou aux ciseaux les brides fibreuses empêchant la tête de rentrer en place. Cette opération ne s'adresse plus aux cas où la tête a perdu droit de domicile où la cavité phénoïde est comblée. Elle est facilement applicable au cas qui nous occupe de luxation sous-acromiale; on aborde facilement l'articulation par sa face postérieure, mais elle est loin de réussir dans tous les cas. Nélaton en donne comme explication, dans le *Traité de Chirurgie*, que derrière la tête mise à nu se trouve la capsule rétractée et fermée, appliquée sur la cavité glénoïde et en défendant l'accès. Ce n'est guère que jusqu'à la septième semaine que la luxation relève de

l'arthrotomie, c'est-à-dire que l'étranglement de la tête par les bords de la déchirure s'opposent seuls à la rentrée dans l'articulation. Si l'arthrotomie échoue, reste la *résection*, c'est à elle que le professeur Berger a eu recours dans l'une des observations que l'on trouvera dans cette thèse, cas où la luxation datait de neuf mois, rendait la malade impotente et la faisait souffrir. Ici, l'on trouvera des lésions qui ne permettaient pas une autre conduite; la tête était déformée, elle présentait une encoche, la cavité plénoïde était comblée, la capsule rétractée. Ce sont les lésions habituelles des luxations vraiment anciennes. La reconstitution de la glène a été tentée par quelques chirurgiens (1), c'est une opération longue, délicate et qui ne donne pas de résultats supérieurs à ceux de la résection.

En résumé, en présence d'une luxation sous-acromiale récente, on doit tenter la réduction immédiate qui est généralement suivie de succès.

Si la luxation est d'emblée irréductible, ce qui est rare, ou déjà ancienne, on devra tenter l'arthrotomie jusqu'à la septième semaine et pratiquer la résection au-delà de cette limite. Ces conclusions sont basées sur l'état anatomique de l'articulation.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans faire remarquer que la résection ne doit pas être pratiquée si les mouvements sont assez étendus, si le malade ne souffre pas, s'il n'est pas impotent ou très gêné par son

(1) Société de Chirurgie, 1898, 23 février.

infirmité. Ce point a été bien mis en relief par le remarquable rapport de Nélaton et par la discussion qui le suivit à la Société de Chirurgie, le 23 février 1898.

Les conclusions de cet auteur sont en tout applicables à la luxation sous-acromiale.

TRAITEMENT DE LA LUXATION RÉCIDIVANTE SOUS-
ACROMIALE.

On peut appliquer à cette affection le traitement par les appareils orthopédiques ; si l'on se décide à une opération, c'est la capsularrhaphie suivant le procédé de Ricard qui devra être pratiquée.

OBSERVATION *due à l'obligeance de M. GUIBÉ,*
interne du service du D^r Poirier.

S... Toussaint, âgé de 57 ans, jardinier, domicilié à l'hospice d'Ivry, entré le 15 octobre 1897, dans le service du D^r Poirier.

Ce malade étant à bicyclette et voulant se garer d'une voiture, fut renversé par une deuxième voiture qui, dit-il, lui passa sur le thorax.

Il fut amené à l'hospice en état de choc léger.

À l'examen on constata la presque intégrité de tout le corps, à part une éraflure au niveau du coude droit. Pas de douleurs, ni de saillie le long du rachis. Pas de

douleur au niveau des côtes. Pas de douleur à la compression du bassin, ni paraplégie, ni hématurie.

A l'épaule droite, le malade, outre une petite fistule de la région sus-épineuse qu'il porte depuis très longtemps, présente la lésion suivante :

A première vue, on constate l'existence d'une dépression au niveau du moignon de l'épaule ; au contraire, il existe une saillie anormale à la face postérieure de l'aisselle.

Le malade tient son bras replié en avant sur la poitrine, légère dépression en coup de hache au niveau de l'insertion du deltoïde. A la palpation, on reconnaît que l'apophyse coracoïde fait une saillie exagérée, on suit facilement toute la face externe de cette saillie au sommet de laquelle on sent partir le ligament acromi-coracoïdien que l'on suit jusqu'à l'acromion. En dessous, on trouve la cavité glénoïde déshabillée et recouverte seulement par une couche musculaire peu épaisse dans laquelle on peut reconnaître le tendon de la longue portion du biceps.

Sur la face postérieure de l'aisselle, on sent très nettement la tête de l'humérus qui est immédiatement sous jacente à l'acromion.

Les mouvements sont possibles quoique douloureux.

Par l'abduction du bras, on fait descendre la tête jusque dans la fosse sous-épineuse.

La réduction est immédiatement tentée et obtenue par la traction sur le bras placé en légère abduction, l'épaule étant immobilisée par un aide, tandis qu'un

autre aide repousse la tête vers la cavité glénoïde.

Réduction facilement maintenue à l'aide d'une écharpe de Mayor.

A la cuisse droite, on constate tout d'abord une ancienne fracture à la partie moyenne.

Actuellement la cuisse est élargie au niveau de sa partie supérieure. Rotation en dehors énorme, impotence fonctionnelle, raccourcissement considérable du du membre atteignant 6 cent. environ.

Le grand trochanter est plus remonté que du côté sain ; il est notablement élargi d'avant en arrière. L'espace entre l'ischion et le grand trochanter est diminué. Pas de saillie dans le triangle de Scarpa. Pas de douleurs à la pression. Douleur à la pression à la partie externe de la hanche.

Traitement : extension continue avec 2 kgs.

Le 6 novembre, on enlève l'écharpe de Mayor et on commence le massage. La tête est bien rentrée en place, mais il y a une atrophie considérable du deltoïde.

Le 25 novembre, sans suspendre l'extension continue, on commence le massage de la hanche.

Le 28 novembre, l'extension continue est supprimée peu à peu.

Le 10 décembre, le malade commence à se lever. Bains sulfureux.

Le 15 janvier, le malade sort ; son bras n'a recouvré qu'une mobilité peu considérable. La hanche est bien consolidée, mais il boite.

OBSERVATION N° 2.

Service du Dr Gérard-Marchant.

Collig... Marie, 31 ans, porteuse de pain, entre dans la salle Richard Wallace à l'hôpital Tenon, le 12 janvier 1898.

Antécédents héréditaires : nuls

— collatéraux —

— personnels —

Il y a six mois, en juillet 1897, en soulevant une charge de 30 kilogr. environ, la malade perçoit un craquement dans l'épaule droite en même temps qu'une violente douleur au même niveau, Elle va à l'hôpital Saint-Louis où on lui conseille des bains sulfureux.

En septembre 1897, elle va à l'hôpital Lariboisière, où l'on diagnostique une fracture de l'humérus au niveau du col chirurgical; pendant l'examen, en effet, on avait constaté l'existence de craquements. On applique un appareil plâtré.

En octobre, la malade souffrant beaucoup de son son épaule revient à l'hôpital où on la garde un jour seulement.

Le 2 novembre 1897, elle entre dans le service du Dr Gérard-Marchant.

Se basant sur une tumeur de la face postérieure du moignon de l'épaule, correspondant à la tête humérale, et sur une douleur très limitée à la pression de l'ongle

au niveau de l'acromion, on diagnostique une sub-luxation en arrière avec fracture ou contusions de l'acromion. De plus l'extrémité externe de la clavicule paraissait mobile, en touche de piano.

Le 13 novembre, la malade sort avec les apparences de la guérison. Le traitement avait consisté dans le port d'une écharpe.

Le 12 janvier 1898, les douleurs provoquées par le moindre mouvement, l'impotence fonctionnelle, obligent, de nouveau, la malade à rentrer à Tenon.

L'épaule est augmentée de volume, surtout en arrière ; outre l'exagération des diamètres, la mensuration montre que l'humérus droit est plus éloigné du plan médian. Cette augmentation de volume peut être attribuée à deux éléments : la tête humérale très vraisemblablement déplacée et la glène de l'omoplate augmentée de volume principalement en arrière. L'acromion et la caracoïde sont très taillants, ce qui tient à une atrophie notable du deltoïde.

La peau ne présente aucun trouble circulatoire, aucune dilatation veineuse. Depuis son entrée, la malade est apyrétique, elle n'a pas maigri, son faciès n'est pas modifié.

Le lendemain de ces constatations, elle éprouve du côté sain des douleurs spontanées assez intenses qui ne durent que cinq jours.

Ces douleurs siégeaient à l'articulation de l'épaule et faisaient exactement le pendant des précédentes. Les

jours suivants, le malade s'occupe à divers travaux et ne souffre qu'à l'occasion des mouvements.

En présence de ces divers symptômes, douleur, déformation, impotence fonctionnelle, on propose le diagnostic de tumeur de l'omoplate : de l'extrémité, de l'humérus et de la clavicule.

L'épreuve radiographique ne donne rien de net. L'ombre des os n'est pas augmentée, il semble que l'humérus soit un peu loin de la glène. Depuis cet examen, l'état de la malade ne s'améliore pas sensiblement.

OBSERVATION (suite)

Service de M. Berger.

La malade entre dans le service M. Berger, salle Lisfranc, le 7 février 1898.

Elle se présente le coude reporté en avant et en rotation interne, de telle sorte que l'épitrochlée regarde en arrière. Le bras est légèrement éloigné du tronc, cependant on peut l'appliquer contre le corps.

A l'inspection, le moignon de l'épaule présente en avant un méplat en dehors de l'apophyse coracoïde. Du côté externe l'épaule ne paraît pas déformée, sauf une légère encoche musculaire au niveau du deltoïde.

Au toucher, on constate que l'apophyse coracoïde est doublée de volume et qu'elle est plus saillante. La tête humérale, saisie entre deux doigts, a un volume

plus grand qu'à l'état normal. Elle roule sous le doigt derrière l'acromion. La main, placée à plat dans le creux de l'aisselle, ne peut sentir la tête humérale, mais seulement le rebord de la cavité glénoïde.

Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont possibles, mais très limités et causent de grandes douleurs à la malade.

Dans les mouvements communiqués, l'omoplate se déplace en même temps que la tête humérale dont elle suit les mouvements.

Le bras est légèrement amaigri, ainsi que les masses musculaires de la fosse sous-épineuse; il est au contraire augmenté de volume au niveau de l'articulation, mais sans rougeur ni circulation supplémentaire.

A la mensuration comparative avec le côté sain, on ne constate pas de raccourcissement du bras et on ne constate ni crépitation ni ecchymose.

La malade est radiographiée pour la deuxième fois de dos et de côté. L'une des photographies semble indiquer que la tête de l'humérus est derrière l'angle de l'acromion, mais l'épreuve n'est pas concluante. Cependant, M. Berger, s'appuyant sur l'attitude vicieuse du bras, l'impotence fonctionnelle, l'abduction limitée, la rotation en dehors impossible, la sensation de la cavité glénoïde en partie vide, et, d'autre part, devant l'état stationnaire de la maladie depuis des mois, l'atrophie du bras pouvant, d'ailleurs, être attribuée à l'inaction forcée et les douleurs, à la névrite du circonflexe ou à de l'arthrite consécutive, pose

le diagnostic de luxation en arrière et écarte l'hypothèse d'une tumeur osseuse qui, cependant, avait d'énergiques défenseurs avec Gérard, Marchant, Hennequin, Marion, etc.

Le diagnostic reste en suspens pendant un mois. L'arthrotomie fut alors pratiquée par M. Berger, le 16 mars 1898, en présence de M. Gérard-Marchant.

Après une incision longitudinale externe de la peau et du muscle deltoïde, et la désinsertion à la rugine des tendons sus-épineux, petit rond et sous-épineux, il incisa la capsule. La tête humérale a un volume normal, les deux tiers de cette tête sont en dehors de la cavité glénoïde qui est comblée par du tissu fibreux. La tête humérale est ainsi maintenue à cheval sur le rebord de la cavité glénoïde, grâce à un sillon profond creusé dans son épaisseur, par la pression de la tête, sur le bord tranchant de la glène.

La tête humérale a été réséquée en entier par une ligne oblique au niveau du col chirurgical; le périoste et la capsule ont été suturées.

Les suites de l'opération ont été satisfaisantes. Les douleurs ont complètement cessé et le bras traité par le massage et les mouvements communiqués n'est plus dans l'impotence fonctionnelle où il était avant l'opération.

CONCLUSIONS

1° La luxation sous-acromiale de l'épaule est d'un diagnostic souvent délicat. Elle passe facilement inaperçue au moment de sa production et est confondue ensuite avec une affection chronique de l'épaule (tumeur, ostéo-sarcome; observation n° 2).

2° Pour éviter l'erreur, il ne faut pas se baser sur l'augmentation de grosseur des extrémités osseuses : cavité glénoïde, apophyse coracoïde et tête humérale.

Cette grosseur est toute d'apparence et, loin d'appartenir à des productions pathologiques, elle est due à ce que les tendons et les muscles de la région s'enroulent sur la tête humérale et semblent en augmenter le volume.

D'autre part, les douleurs intermittentes et se produisant au repos sont bien davantage l'apanage d'un ostéo-sarcome, et les douleurs continues, s'exaspérant dans les mouvements, relèvent plutôt de la névrite du circonflexe ou de l'arthrite concomitante.

3° Le traitement de la luxation ancienne sous acromiale sera l'arthrotomie jusqu'à la septième semaine, la résection au delà de ces limites. Elle est le seul traite-

ment rationnel chez tout malade atteint d'impotence fonctionnelle, de douleur continues dues à la névrite.

L'abstention ne pourra lui être préférée que dans le cas où il y aura absence de douleurs et conservation de mouvements assez étendus dans l'articulation.

VU :

Le Président,
BERGER.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

